

根据《健康保险流通与责任法案》的规定，您有权要求我们将邮件发送到其他地址，或以特定电话号码与您联系。Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan（简称为“Health Plan”）将接受所有合理的请求。如果您认为将您的健康信息透露给第三方会对您造成伤害，Health Plan 会尽力帮助您。

Health Plan 不会同意将您的信息通过电子邮件发送给您。

您必须填写此表格。填完表格后，请将其邮寄或送至：

**Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231-9802**

您也可以将表格传真至：**1-209-461-2550** 或通过安全电子邮件将表格发送至 Health Plan.

请告诉我们为什么您希望我们用一个保密的地址或电话号码与您联系。		
请告诉我们您希望我们将您的健康信息邮寄到哪个地址：		
街道地址：		
城市：	州：	邮政编码：
请告诉我们应该用哪个号码打电话给您：		

Health Plan 将寄信给您或拨打电话，告知您我们是接受还是拒绝您的申请。如果我们接受您的申请，但您后来改变主意，您必须写信给我们。

.....
会员的正楷书写姓名

.....
Health Plan ID 编号

.....
会员或个人代表的签名

.....
日期

请注意，如果您是会员的个人代表，请告诉我们您与该会员的关系：

.....
与该成员的关系

您可能需要向我们出示您的法律许可证明，以便为会员申请保密通讯。如果您对本表格有任何疑问，请致电 **1-209-942-6320** 联系会员服务部